

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Intervention Infirmier à Domicile

A / Renseignements Administratifs :

Nom / Prénom :

Date de Naissance :

Adresse / NPA :

Assureur / N°AVS :

Téléphone / Email :

B / Type(s) d'intervention(s) souhaitée(s) :

Prise en charge d'une colostomie / urostomie

Fréquence de changement de poche : fois / jour

Fréquence de changement de socle : fois / semaine

Protocole :

C / Médecin prescripteur-rice :

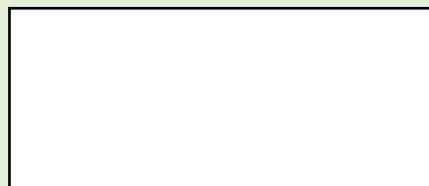
Médecin Prescripteur :

Adresse :

Téléphone :

Date de prescription :

Renouvelable : fois



Signature + Timbre (incl. N°RCC)